

## مقاله اصلی

# مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز

تاریخ دریافت: ۱۴/۰۹/۹۹- تاریخ پذیرش: ۲۵/۰۳/۱۴۰۰

### خلاصه

**مقدمه:** مولتیپل اسکلروز یک بیماری مزمن عصب شناختی است که بررسی روش های درمانی آن مورد توجه پژوهشگران حیطه های مختلف قرار گرفته است. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان مبتلا به بیماری ام اس بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه زنان دارای بیماری ام اس و عضو انجمن ام اس ایران بود که از این جامعه تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار تحقیق پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران (۱۹۸۸) بود. پس از آن گروه های آزمایش مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و امید درمانی را دریافت کردند و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط به کمک نرم افزار SPSSV19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). گروه های مداخله در متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری با گروه گواه داشتند. همچنین بین دو گروه امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** بنابراین می توان گفت روش های امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان دارای بیماری مولتیپل اسکلروز اثربخش می باشد.

**کلمات کلیدی:** حمایت اجتماعی ادراک شده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، امید درمانی، مولتیپل اسکلروز، زنان.

قاسم خالوئی<sup>۱</sup>

سیدعلی آل یاسین<sup>۲\*</sup>

حسن حیدری<sup>۳</sup>

حسین داوودی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران

(نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

Email:

Aleyasin-psychology@yahoo.com

## مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری مزمن عصب‌شناختی است که با تغییرات انحطاطی سلول‌های عصبی در سیستم عصبی مرکزی که ناشی از آسیب غلاف میلین این سلول‌ها است، مشخص می‌شود (۱). حدود ۲/۵ میلیون نفر در سراسر دنیا به این بیماری مبتلا هستند. بسته به تنوع جغرافیایی، بروز آن حدود ۷ در ۱۰۰ هزار نفر در سال و شیوع آن ۱۲۰ در ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد (۲). اعتمادی فر و همکاران (۳) میزان بروز ام‌اس را در ایران از ۰/۶۸ تا ۹/۱ در ۱۰۰ هزار و شیوع آن را از ۵/۳ تا ۷۴/۲۸ در ۱۰۰ هزار با شیوع بالاتر در زنان (نسبت زن به مرد حدود ۱/۸ تا ۳/۶) گزارش دادند. این بیماری اگرچه بندرت کشنده است اما طیف وسیعی از علائم از قبیل خستگی شدید، افسردگی، اختلال حافظه، اختلال گفتاری، اختلال شناختی، درد، تاری دید، دوبینی، سرگیجه، ضعف اندام، آتاکسی، بی‌حسی و سوزش اندام و مشکلات ادراری و روده را ایجاد (۴). این علائم اغلب منجر به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین، ناتوانی عصب‌شناختی و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بالا می‌شود (۵). افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، به مدت طولانی گزارش کرده‌اند که استرس روانی می‌تواند علائم آن‌ها را بدتر کند و مطالعات نشان می‌دهد که قرار گرفتن در معرض مزمن طیف گسترده‌ای از وقایع زندگی چالش برانگیز، با بدتر شدن علائم عصبی در ام‌اس و افزایش بار ضایعه در تصویربرداری با رزونانس مغناطیسی مغز است (۶). نتایج نشان می‌دهد عوامل روانی-اجتماعی متعددی بیماران ام‌اس را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

حمایت اجتماعی ادراک شده یکی از متغیرهای مهم و اساسی در زندگی افراد داری بیماری ام‌اس است. حمایت اجتماعی، یک ساختار پیچیده و چندبعدی و منبع مهم سازگاری است که نقش مهمی را در پیامدهای عملکرد و سازگاری روانشناختی بیماران مبتلا به ام‌اس، ایفا می‌کند (۷). فینی و کولینز (۸) حمایت اجتماعی را بعنوان فرآیند تعامل در روابطی که سازگاری، ارزشمند بودن، تعلق داشتن و شایستگی را از طریق تبادلات واقعی یا ادراکی منابع فیزیکی و روانی - اجتماعی بهبود می‌بخشد، تعریف کرده است. در این تعریف ویژگی‌های کلیدی حمایت اجتماعی عبارتند از: تعامل، سازگاری، ارزشمندی، تعلق داشتن، شایستگی، تبادل. این

تعریف از حمایت اجتماعی بسیار منحصر بفرد است زیرا تأکید آن بر ارتباط است که نشان می‌دهد حمایت اجتماعی، یک فرایند تعاملی است (۹). حمایت اجتماعی از لحاظ نظری، در ۴ مقوله مفهوم‌سازی می‌شود: عاطفی، ابزاری، ارزیابانه و اطلاعاتی (۱۰). اما درک حمایت از دریافت آن بسیار مهم‌تر است. به عبارت دیگر درک و نگرش بیمار نسبت به حمایت دریافت شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه شده به وی می‌باشد (۱۱). مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می‌نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی ادراک شده بر این امر اذعان دارند که تمام روابطی که فرد با دیگران دارد، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شوند. به بیان دیگر روابط، منبع حمایت اجتماعی نیستند مگر، آنکه فرد آن‌ها را به عنوان منبعی در دسترس یا مناسب برای رفع نیاز خود ادراک کند (۱۲). یافته‌های محققین نشان داده است که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده، میزان مراقبت از خود و اعتماد بنفس را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی، روانی و اجتماعی بر جای گذارد و بطور واضح باعث افزایش عملکرد و بهبود کیفیت زندگی فرد شود (۱۳).

در میان انواع روان درمانی برای ام‌اس، شواهد بیشتری برای تأثیر درمانی تکنیک‌های شناختی - رفتاری برای درمان علائم روانشناختی بیماری ام‌اس به ویژه افسردگی وجود دارد (۱۴). همانند سایر شرایط مزمن، اندازه اثر درمان شناختی - رفتاری برای ام‌اس متوسط به بالاست (۱۵). درونداد استاندارد روانشناختی در تنظیم مراقبت اولیه منبع بالقوه درمانی است، اما همیشه بطور رایگان قابل دسترس نیست و در بعضی موارد نیز درمان نوروپسیکولوژی ویژه مورد نیاز است. بطور ایده آل یک مداخله بایستی بطور رایگان قابل دسترسی، قابل قبول، مناسب نیازهای فرد و بسیار موثر باشد (۱۶). بنابراین، بیماران مبتلا به ام‌اس علاوه بر درمان‌هایی که علائم اولیه را هدف قرار می‌دهند، نیاز به درمان‌هایی دارند که سایر مشکلات آن‌ها را مرتفع نماید، تا بتوانند با سلامت روان بالاتر به مقابله با این بیماری بپردازند. امید درمانی یکی از از درمان‌هایی است که

می‌تواند به ارتقاء حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران ام‌اس کمک کند. امید درمانی، یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید شنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیت‌های مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است (۱۷). شنایدر در بین درمان‌های روان‌شناختی، امید درمانی را به عنوان هدف اصلی مد نظر قرار داده است. او به عنوان بنیان‌گذار نظریه امید و درمان مبتنی بر آن، «امید را به عنوان سازه‌ای، شامل توانایی طراحی گذرگاه‌ها» تعریف کرده است (۱۸). امید درمانی از درمان شناختی- رفتاری، درمان راه‌حل‌مدار و درمان داستانی یا روایتی مشتق می‌شود. هدف این روش درمانی، کمک به مراجعان در جهت فرمول‌بندی اهداف و ساختن گذرگاه‌های متعددی برای رسیدن به آن‌ها، برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف و چارچوب‌بندی مجدد موانع به صورت چالش‌هایی برای غلبه بر آن‌ها و رسیدن به پیروزی است (۱۹). اثربخشی این نوع درمان نیز در اندک مطالعات انجام شده در داخل و خارج از کشور نیز مشخص گردیده است. بطور مثال؛ اثربخشی امید درمانی بر امید و افسردگی و همچنین کیفیت زندگی (۲۰)، امید و سطوح استرس ادراک شده (۲۱)، بیماران ام‌اس مورد مطالعه قرار دادند و نتایج اثربخشی این درمان را بر متغیرهای مورد بررسی، تأیید کردند.

یکی دیگر از درمان‌هایی که می‌تواند موجب ارتقاء حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران مبتلا به ام‌اس گردد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. از لحاظ نظری ذهن آگاهی با بهزیستی روان‌شناختی مربوط است، ذهن آگاهی عبارت است از آگاهی و پذیرش غیر قضاوتی لحظه به لحظه فرد. سیمپسون و همکاران (۱۶)، بیان می‌کنند که شواهد حمایت‌کننده اندکی وجود دارند که ذهن آگاهی می‌تواند برای بیماران مبتلا به ام‌اس مفید باشد ولی بعضی از آن‌ها نشان می‌دهند که اینگونه مداخلات می‌تواند موجب بهبودی اضطراب، افسردگی، استرس، درد، خستگی، تعادل و هماهنگی و کیفیت زندگی این بیماران گردد. ذهن آگاهی می‌تواند به عنوان یک پاد زهر بر اشکال رایج پریشانی روان‌شناختی چون اجتناب، سرکوبی، یا نشخوار فکری و احساسی فرد عمل کند (۲۲). فنون ذهن آگاهی منجر به بهبود

بی‌خوابی در افراد مبتلا به سرطان می‌گردد (۲۳). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش فراوانی افکار خودکار منفی و افزایش توانایی برای بیرون راندن آن افکار و نهایتاً بهزیستی روان‌شناختی شده است (۲۴). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با درجات بالایی از رضایت از زندگی، موافق بودن، عزت نفس، خوشبینی، کیفیت زندگی، عاطفه خوشایند همراه است (۲۵). شواهد بیان می‌کند که ذهن آگاهی با شاخص‌های سلامت روان چون سطوح بالای عاطفه مثبت، سرزندگی و تنظیم هیجانی سازگارانه و سطوح پائین‌تر عاطفه منفی و علائم درمان شناختی رابطه دارد (۲۶). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد بیماران ام‌اس مورد پژوهش قرار گرفته است و نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ادراک حمایت اجتماعی (۲۷)؛ کیفیت زندگی و همچنین ادراک بیماری و شدت بیماری (۲۸)؛ کاهش نشانه‌های روان‌شناختی (۲۹)؛ کاهش افسردگی و اضطراب (۳۰) در این بیماران بوده است. در خارج از کشور پیشنه‌های پژوهشی نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خستگی (۳۱) و کاهش افسردگی (۳۲)، بیماران ام‌اس بود. سندرز، بوردت، هانس، یاداو و شینتو (۳۳) بیان می‌کنند که صفت ذهن آگاهی به طور قابل توجهی با کاهش استرس روانی، نیرخ سازگاری سودمندتر، افزایش تاب‌آوری و کیفیت بهتر زندگی در ام‌اس همراه است.

با توجه به مبانی نظری و ادبیاتی که در فوق مطرح شد، در سراسر دنیا، متخصصان به دنبال یافتن بهترین درمان‌ها جهت بیمارهایی همچون بیماری ام‌اس هستند. لذا از آنجا که اثربخشی آموزش امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران ام‌اس تاکنون در ایران مورد مطالعه قرار نگرفته است؛ در این پژوهش بر آن شدیم تا به بررسی این موضوع بپردازیم که آیا آموزش امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران زن مبتلا به ام‌اس اثربخش است؟

## روش کار

دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم اشتغال به کار و توانایی پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه‌ها بود. همچنین ملاک‌های خروج غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات آموزشی، انجام ندادن تکالیف محوله، وقوع حوادث غیرمترقبه در زندگی افراد و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی دیگر و دارا نبودن ملاک‌های ورود بود.

در این پژوهش از پروتکل‌های آموزشی و پرسشنامه به شرح زیر استفاده شده است:

### پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: این

برنامه بر اساس الگوی جان کابات-زین (۳۴) طراحی شده است که در این پژوهش در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته به گروه آزمایش ذهن آگاهی آموزش داده شد. خلاصه جلسه درمانی به شرح زیر می‌باشد.

این پژوهش به لحاظ هدف کاربردی است. طرح پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه زنان دارای بیماری ام‌اس و عضو انجمن ام‌اس ایران بود که از این جامعه تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس از بین بیماران عضو انجمن ام‌اس ایران انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۲ نفر در نظر گرفته شد که به طور کلی حجم نمونه ۳۶ نفر اتخاذ شد. ملاک حجم نمونه و تعداد ۱۲ نفر برای هر گروه بر اساس نظر دل‌اور (۱۳۹۴) بود که حداقل حجم نمونه برای هر گروه در مداخلات آزمایشی را ۱۰ نفر گزارش کرده است و لذا در این مطالعه ۳ گروه ۱۲ نفری برای پژوهش انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت مؤنث، دارا بودن رضایت آگاهانه از مشارکت در پژوهش، داشتن سابقه و عضو انجمن ام‌اس ایران، سابقه بیماری ام‌اس بیش از ۱ سال،

### جدول ۱. خلاصه جلسات ذهن آگاهی (۳۵)

جلسه	اهداف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی با افراد و موضوع آموزش و گرفتن پیش‌آزمون	هدایت خودکار؛ تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن؛ شرکت کننده خود را معرفی می‌کند (در باره آنچه که او را به شرکت در مداخله ترغیب کرده و آنچه از فرآیند مداخله می‌خواهد صحبت می‌کند). تمرین‌های جلسه: خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی، تامل و آرسی بدنی.	یک تامل و آرسی بدنی ۴۵ دقیقه‌ای. معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره‌ای همچون دوش گرفتن در هر روز، خوردن یک وعده غذا در طول یک هفته توأم با حالت ذهن آگاهی.
دوم	مقابله با موانع	تمرینات جلسه: تامل و آرسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت.	ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند.
سوم	ذهن آگاهی بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت)	حرکت با حالت ذهن آگاهانه «تمرین تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه ذهن آگاهی دیداری یا شنیداری آغاز شوند. سه دقیقه فضای تنفس.	شناسایی و ثبت تقویم تجربه‌های خوشایند، یا ثبت تجربه‌های ناخوشایند که در هفته چهارم مورد کاوش قرار می‌گیرد. تمرین تنفس و کشش در روزهای اول، سوم و پنجم هفته، تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه در روزهای دوم، چهارم، ششم یک هفته. ثبت گزارشی از تجربه یک رویداد ناخوشایند. انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز.
چهارم	ماندن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص) فضای سه دقیقه‌ای تنفس - معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساسات دشواری را بر می‌انگیزاند، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکالیف جلسه: شناسایی آن چه تجربه‌های ناخوشایند محسوب می‌شوند.	تامل در وضعیت نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس - طبق روال قاعده‌های (سه بار در یک روز) فضای سه دقیقه‌ای تنفس - به عنوان راهبردی مقابله‌ای (در زمان‌های تجربه احساسات ناخوشایند)

	<p>تعریف قلمرو افسردگی - یا حوزه دیگری که مشکل اعضا می‌باشد مانند خستگی مزمن، استرس و...</p>	
<p>تامل در وضعیت نشسته سه دقیقه فضای تنفس - طبق روال قاعده‌های (سه بار در هر روز) سه دقیقه فضای تنفس - به عنوان راهبرد مقابله‌ای (در هر زمانی که شما پی به وجود احساسات ناخوشایند بردید) پس از انجام تمرین جهت کاوش راهی برای گشایش «دری به سوی بدن».</p>	<p>تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن؛ تاکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس. خواندن شعر میهمان خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در جلسه، تمرین بر روی کاوش الگوهای عاداتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت‌های حضور ذهن برای تسهیل پاسنخدهی بیشتر به تجربه زمان حال.</p>	<p>پنجم پذیرش و اجازه/ مجوز حضور</p>
<p>۴۰ دقیقه انجام تمرین روزانه - کار کردن با ترکیب متفاوتی از سه تمرین اصلی؛ آگاهی‌یابی با به کارگیری دامنه‌ای از تمرین - های کوتاه‌تر، آگاهی‌یابی از طریق انجام تمرین با و بدون استفاده از سه دقیقه فضای تنفس، طبق روال قاعده‌ای (سه بار در هر روز) سه دقیقه فضای تنفس، به عنوان راهبردی مقابله‌ای (در زمان تجربه احساسات ناخوشایند) و به عنوان اولین گام در توسعه نگرشی گسترده‌تر در ارتباط با افکار، بازگشایی در به سوی فکر، تعمق و کار بیشتر بر برنامه عملی پیشگیری از عود شخصی.</p>	<p>تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن سه دقیقه فضای تنفس، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره.</p>	<p>ششم فکرها نه حقایق</p>
<p>گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌ها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد. فضای تنفس - بر طبق روال قاعده‌ای و به عنوان راهبردی مقابله‌ای؛ پس از تمرین کشف راهی برای بازگشایی دری به انجام عمل ماهرانه، توسعه سامانه هشداردهنده اولیه برای تشخیص عود، توسعه برنامه عملی که بتوان در مواجهه با پایین آمدن خلق از آن استفاده کرد.</p>	<p>تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، آماده کردن فهرستی از فعالیت‌های روزانه و تعیین اینکه کدامیک کسالت‌آور یا روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می‌کند. شناسایی نشانگان عود و توسعه راه کارهایی برای مقابله با تهدید به عود/ بازگشت مجدد.</p>	<p>هفتم چگونه می‌توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم؟</p>
<p>انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه‌های بعد ادامه داد (ایده‌آل است که این برنامه در جلسه‌های پیگیری مرور شود)</p>	<p>تامل و ارسی بدنی به پایان رساندن تامل، مروری بر سامانه‌های هشدار اولیه و برنامه‌های عملی که برای استفاده در زمان‌هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده‌اند. مروری بر کل آنچه در دوره گذشت - چه چیزهایی در زندگیتان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین‌ها توانست به شما در رسیدن به آنها کمک کند؟ بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین‌های رسمی و غیر رسمی توسعه داده شد. ارائه پرسشنامه‌هایی به شرکت‌کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره.</p>	<p>هشتم استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده انجام پس آزمون</p>

پروتکل امید درمانی: همانطور که در ادامه ارائه شده است، خلاصه

پروتکل مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر اساس نظریه اسنایدر در ۸

جلسه ۱/۵ ساعته ارائه شده است.

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	آشنایی	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضا با یکدیگر با درمانگر و ساختار گروه، معرفی برنامه آموزشی و هدف از اجرای آن.	بیان منطقی ذهن آگاهی توسط آموزشگر.
دوم	تعریف امید و هدف‌یابی	تعریف، توضیح و بیان ویژگی‌های هدف، بیان اهمیت هدفمند بودن در زندگی و تمرین‌های هدف ساز، صحبت در مورد راه‌های رسیدن به هدف، صحبت در مورد احساسات ناشی از رسیدن به هدف یا ناکام ماندن هدف، راهکارهایی برای بیشتر کردن احتمالی به هدف، اولویت‌بندی هدف.	اتخاذ تصمیم‌های مربوط به خویش انجام تمرین‌های هدف ساز: خلق چندید هدف جذاب، ایجاد فهرست آرزوها، افزایش گزینه‌های فهرست با تمرین «چرا که نه؟»، تمرین «امکان ندارد بتوانم ...»
سوم	امید‌یابی	یافتن امید در افراد تعیین قدرت اراده، قدرت برنامه ریزی، موانع و اهداف در هر یک از افراد، کمک به افراد برای ساختن خانه امید خود	استفاده از روایت‌های امید سنجش رسمی امید فهرست‌های وارسی نیروی اراده
چهارم	افزایش امید	امید افزایشی در افراد تعیین اهداف درمانی امید بخش، صحبت در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و با انگیزه رسیدن به اهداف، تعریف انگیزش، حیطه‌های مهم انگیزش و انرژی: انرژی فیزیکی، انرژی روانی، صحبت در مورد انرژی روانی.	گسترش هدف تعیین گام‌هایی برای رسیدن به هدف (برنامه ریزی گام به گام) استفاده از مسیرهای چندگانه مرور ذهنی
پنجم	راه‌های افزایش امید	ادامه بحث در مورد راه‌های افزایش نیروی عامل و با انگیزه رسیدن به اهداف، صحبت در مورد انرژی فیزیکی به عنوان عاملی در افزایش قدرت اراده؛ توجه به تغذیه، ورزش، صحبت در مورد قدرت راهیابی	در نظر گرفتن تکالیفی در خصوص ورزش - تغذیه - خواب و حتی نگاه مثبت به داروهای مصرفی
ششم	موانع رسیدن به هدف	افزایش امید در افراد، صحبت در مورد موانع رسیدن به هدف، صحبت در مورد خودگویی‌های منفی به عنوان یکی از موانع، دلیل استفاده از خودگویی‌های منفی، بیان استراتژی‌هایی برای تغییر خودگویی‌های منفی.	تهیه فهرستی از اصلی‌ترین افکار خود در هر یک از روزهای هفته پیش رو. استفاده از عبارات‌های انگیزشی از پیش ضبط شده تکرار و استفاده از خودگویی‌های مثبت و کمک کردن خودگویی‌های منفی
هفتم	حفظ و ابقای امید در زندگی	صحبت در مورد اهمیت افراد در حفظ بهبودی اطرافیان و همسرانشان، ارائه راهکارهایی برای جلوگیری از دور شدن از مسیر رسیدن به هدف	وارسی روزانه امید.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده انجام پس آزمون	جمع‌بندی جلسات، گرفتن بازخورد از اعضای گروه و مشخص کردن جلسه پیگیری و پس آزمون.	انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه‌های بعد ادامه داد (ایده‌آل است که این برنامه در جلسه‌های پیگیری مرور شود).

### پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده: این ابزار توسط

زیمت، داهلم، زیمت و فارلی (۳۷) برای ارزیابی ادراک آزمودنی از منابع حمایت اجتماعی شامل خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی، طراحی و تدوین شده است. پرسشنامه ۱۲ آیتم دارد که سه مؤلفه حمایت دوستان (۶، ۷، ۹ و ۱۲)، حمایت خانواده (۳، ۴،

۸ و ۱۱) و حمایت دیگران (۱، ۲، ۵ و ۱۰) را اندازه‌گیری می‌کند. طیف نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ گزینه‌ای از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ است. پرسشنامه نمره کل داشته و از مجموع نمرات ۱۲ آیتم این میزان بدست می‌آید. ثبات درونی ابزار در پژوهش‌های مختلف بدست آمده است. میزان

اعتبار ابزار به روش آلفای کرونباخ محاسبه شده و این میزان در نمونه‌های غیربالیینی ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ و در نمونه‌های بالینی ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۳۸). سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۳۹) در پژوهش خود ضریب اعتبار این ابزار را برای حمایت خانواده ۰/۸۹، حمایت دوستان ۰/۸۶، حمایت سایر افراد ۰/۸۲ و برای حمایت کلی ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند.

در این پژوهش جمع‌آوری اطلاعات از دو طریق صورت گرفت. نخست روش کتابخانه‌ای که اطلاعات با مطالعه کتاب‌ها، مجلات، مقالات و پایان‌نامه‌ها در دانشگاه‌های مختلف، مرکز اسناد و مدارک ایران و دیگر مراکز علمی گردآوری شدند. دوم روش میدانی، با توجه به اینکه ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه و پروتکل بود، پژوهشگر به افراد پرسشنامه‌ها را ارائه داد. از سویی پژوهش از نظر اجرا به روش پیمایشی اجرا شد. به این صورت که پس از ارزیابی اولیه مراجعه‌کنندگان به انجمن ام اس ایران جهت شناسایی نمونه مورد نظر، از بین اعضا نمونه مورد پژوهش اتخاذ شد. در ادامه برنامه‌های آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تدوین شدند. سپس اجرای پیش‌آزمون‌های پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده بر روی نمونه مورد پژوهش انجام شد. در ادامه کارگاه‌های مبتنی بر رویکردهای مطرح شده تشکیل شد و مفاهیم و عناصر بر اساس پروتکل آموزشی پیوست به گروه‌های نمونه توسط پژوهشگر در یکی از مراکز مشاوره تهران آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به صورت گروهی تکمیل کرده‌اند و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در

۸ جلسه ۱/۵ ساعته برگزار شد. همچنین جلسات درمانی امید درمانی در طی ۸ جلسه ۱/۵ ساعته انجام شد. اجرای پروتکل‌های درمانی از یک آموزش‌دهنده و کمک آموزش‌دهنده تشکیل می‌شد. آموزش‌دهنده مسائل لازم را به شرکت‌کنندگان درباره چگونگی راهبردهای حل مشکل آموزش می‌داد. در طول جلسات فرد دستیار آموزش‌دهنده با مرور تکنیک آموزش داده شده در جلسات آموزشی، به فرد آموزش‌دهنده کمک می‌کرد. پس از مشخص شدن افراد نمونه مورد پژوهش و پس از برگزاری یک جلسه توجیهی در جهت توضیح اهداف پژوهش، در مورد روند اجرای جلسات و ... توضیحات کافی برای شرکت‌کنندگان داده شد. در ادامه پیش‌آزمون از سه گروه گرفته شده و گروه‌های آزمایش مورد مداخله قرار گرفتند و در پایان جلسات از هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. پس از گذشت ۳ ماه نیز از هر سه گروه پیگیری به عمل آمد. برای توصیف اطلاعات پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره)، برای آزمودن مفروضه نزدیک بودن توزیع داده‌ها به توزیع نرمال از آزمون شاپیروویلکس استفاده شد. در راستای بررسی فرضیات و تحلیل داده نیز از آزمون‌های لون، تحلیل واریانس مختلط و آزمون تعقیبی بونفرونی به کمک نرم‌افزار SPSSv19 استفاده شد.

### نتایج

در این پژوهش ۳۶ نفر در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشت. میانگین و انحراف معیار سن گروه امید درمانی  $28/91 \pm 3/67$ ، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی  $29/83 \pm 3/32$  و برای گروه گواه  $30/08 \pm 2/96$  بود. در ادامه یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن در گروه‌های پژوهش در مراحل پیش‌آزمون،

### پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
-------	------	-----------	----------	--------

انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۳/۳۸	۴۷/۰۰	۳/۳۶	۴۷/۰۰	۶/۴۴	۳۷/۶۷	حمایت اجتماعی	امید درمانی
۷/۳۰	۵۰/۵۸	۳/۸۷	۵۱/۹۲	۴/۱۹	۳۷/۰۸	کل	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۵/۹۰	۴۰/۵۰	۳/۰۰	۳۷/۹۲	۳/۲۸	۳۸/۳۳		گواه
۲/۱۷	۱۶/۱۷	۱/۷۲	۱۶/۳۳	۳/۷۸	۱۲/۵۰	حمایت اجتماعی	امید درمانی
۲/۷۴	۱۷/۳۳	۱/۶۴	۱۷/۸۳	۲/۱۵	۱۲/۳۳	خانواده	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۳/۰۶	۱۳/۴۲	۲/۲۵	۱۲/۱۷	۲/۱۱	۱۲/۹۲		گواه
۲/۱۵	۱۵/۳۳	۱/۸۸	۱۵/۴۲	۲/۱۲	۱۲/۸۳	حمایت اجتماعی	امید درمانی
۲/۱۵	۱۶/۳۳	۱/۵۶	۱۶/۹۲	۱/۷۸	۱۲/۵۰	دوستان	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۲/۱۹	۱۳/۵۰	۱/۵۰	۱۲/۹۲	۱/۶۱	۱۲/۶۷		گواه
۲/۰۲	۱۵/۵۰	۱/۹۱	۱۵/۲۵	۱/۹۷	۱۲/۵۸	حمایت اجتماعی	امید درمانی
۲/۹۴	۱۶/۹۲	۱/۲۷	۱۷/۱۷	۲/۴۵	۱۲/۲۵	دیگران	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
۲/۳۹	۱۳/۵۸	۱/۴۰	۱۲/۸۳	۲/۸۹	۱۲/۷۵		گواه

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن ارائه شده است. از آنجایی که تعداد سؤالات برای همه مؤلفه‌ها یکسان بود می‌توان گفت بیشترین میانگین در مرحله پیش‌آزمون مربوط به مؤلفه حمایت اجتماعی خانواده در گروه گواه بود. همچنین در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه حمایت اجتماعی خانواده در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به سایر مؤلفه‌ها از میانگین بالاتری برخوردار بود. سایر یافته‌های توصیفی مربوط به متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و هر کدام از مؤلفه‌های آن در مراحل مختلف آزمون و گروه‌های مختلف در جدول فوق ارائه شده است. پس از بررسی یافته‌های توصیفی به منظور بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکس استفاده شد. تایج آزمون آماری شاپیرو-ویلکس نشان داد در متغیر حمایت اجتماعی و همه مؤلفه‌های آن در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر سه گروه برقرار بود. افزون بر آن

برای برابری مارتیس واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده شد ( $P < 0/005$  و  $p = 0/048$ ) که نتایج حاکی از عدم برقراری این مفروضه است. افزون بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. نتایج نشان داد در پیش‌آزمون حمایت اجتماعی خانواده ( $F_{3,2} = 4/290$  و  $F_{3,2} < 0/017$ ) و حمایت اجتماع کل ( $F_{3,2} = 4/591$  و  $F_{3,2} < 0/022$ ) و این مفروضه برقرار نیست. این در حالی است که در مرحله پیش‌آزمون ( $F_{3,2} = 0/084$  و  $F_{3,2} < 0/920$ )، پس‌آزمون ( $F_{3,2} = 0/283$  و  $F_{3,2} < 0/755$ ) و پیگیری ( $F_{3,2} = 0/015$  و  $F_{3,2} < 0/985$ ) متغیر حمایت اجتماعی دوستان، پس‌آزمون ( $F_{3,2} = 0/502$  و  $F_{3,2} < 0/610$ ) و پیگیری ( $F_{3,2} = 0/695$  و  $F_{3,2} < 0/506$ ) حمایت اجتماعی خانواده، پیش‌آزمون ( $F_{3,2} = 0/270$  و  $F_{3,2} < 0/765$ )، پس‌آزمون ( $F_{3,2} = 2/031$  و  $F_{3,2} < 0/147$ ) و پیگیری ( $F_{3,2} = 0/156$  و  $F_{3,2} < 0/856$ ) متغیر حمایت اجتماعی دیگران، پس‌آزمون ( $F_{3,2} = 0/090$  و  $F_{3,2} < 0/914$ ) و پیگیری ( $F_{3,2} = 0/957$  و  $F_{3,2} < 0/090$ )



حمایت اجتماعی کل برقرار بود. بنا بر توصیه تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۱) در زمان عدم برقراری مفروضه برابری واریانس‌های خطا و مفروضه واریانس - کواریانس اثر پیلائی به جای اثر لاندای ویلکز گزارش شود. افزون بر آن به منظور بررسی مفروضه کرویت از آزمون موجلی استفاده شد که این میزان برای حمایت دوستان ( $P < 0/155$  و  $W = 0/890$  موجلی)، حمایت خانواده ( $P < 0/090$  و  $W = 0/860$  موجلی)، حمایت دیگران ( $P < 0/866$  و  $W = 0/101$  موجلی) و حمایت اجتماعی کل ( $P < 0/778$  و  $W = 0/018$  موجلی) بدست آمد که نتایج نشان

می‌دهد این مفروضه برای هر سه مؤلفه حمایت اجتماعی ادراک شده برقرار بود، این در حالی است که این مفروضه برای نمره کل حمایت اجتماعی برقرار نبود. با این حال می‌توان مفروضه کرویت را پذیرفت و برای مقایسه‌ها از اندازه اثر پیلائی و مقادیر تصحیح شده هویین فلت استفاده نمود. از این رو با توجه به برقراری مفروضات آزمون تحلیل واریانس مختلط، نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون‌های چندمتغیری برای متغیر حمایت اجتماعی

متغیرهای پژوهش	متغیر	شاخص	مقدار	F	اثر df	خطا df	سطح معنی - داری	اندازه اثر	توان آزمون
حمایت اجتماعی ادراک شده	پیله	اثر پیلائی	۰/۶۹۲	۴/۱۰۲	۸	۶۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶	۰/۹۸۷
		لاندای ویلکز	۰/۳۴۸	۵/۲۰۹	۸	۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۰	۰/۹۹۸
		اثر هتلینگ	۱/۷۵۵	۶/۳۶۲	۸	۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۷	۱
		بزرگترین ریشه‌روی	۱/۶۸۶	۱۳/۰۶۷	۴	۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۸	۱
		اثر پیلائی	۰/۶۸۰	۸/۲۰۸	۷	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
		لاندای ویلکز	۰/۳۲۰	۸/۲۰۸	۷	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
	پیله زمان گروه	اثر هتلینگ	۲/۱۲۸	۸/۲۰۸	۷	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
		بزرگترین ریشه‌روی	۲/۱۲۸	۸/۲۰۸	۷	۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
		اثر پیلائی	۰/۶۶۸	۲/۰۰۵	۱۴	۵۶	۰/۰۳۴	۰/۳۳۴	۰/۹۰۰
		لاندای ویلکز	۰/۳۸۷	۲/۳۴۲	۱۴	۵۴	۰/۰۱۳	۰/۳۷۸	۰/۹۴۵
		اثر هتلینگ	۱/۴۴۲	۲/۶۷۷	۱۴	۵۲	۰/۰۰۵	۰/۴۱۹	۰/۹۷۱
		بزرگترین ریشه‌روی	۱/۳۳۵	۵/۳۴۲	۷	۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲	۰/۹۹۰

نتایج ارائه شده در جدول فوق حاکی از آن است که در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F = 2/005$  و  $P = 0/034$ ). به عبارتی نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که در هنگام تعامل زمان با گروه بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری در متغیر حمایت اجتماعی

وجود دارد. لذا به منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل واریانس مختلط در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس مختلط به منظور تأثیر گروه و زمان بر حمایت اجتماعی

متغیرهای پژوهش	نوع ارزیابی	منبع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
حمایت دوستان	درون گروهی	زمان	۱۳۸/۵۷۴	۲	۶۹/۲۸۷	۲۲/۸۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۰	۱
		تأثیر زمان و گروه	۵۵/۷۰۴	۴	۱۳/۹۲۶	۴/۶۰۲	۰/۰۰۲	۰/۲۱۸	۰/۹۳۱
		خطا	۱۹۹/۷۲۲	۶۶	۳/۰۲۶	---	---	---	---
	بین گروهی	گروه	۹۲/۵۱۹	۲	۴۶/۲۵۹	۹/۶۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶۸	۰/۹۷۱
		خطا	۱۵۸/۶۹۴	۳۳	۴/۸۰۹	---	---	---	---
حمایت خانواده	درون گروهی	زمان	۲۱۰/۷۲۲	۱/۹۵۸	۱۰۷/۶۲۷	۱۷/۱۰۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۱	۱
		تأثیر زمان و گروه	۱۳۳/۴۴۴	۳/۹۱۶	۳۴/۰۷۸	۵/۴۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷	۰/۹۶۳
		خطا	۴۰۶/۵۰۰	۶۴/۶۱۱	۶/۲۹۲	---	---	---	---
	بین گروهی	گروه	۱۷۲/۶۶۷	۲	۸۶/۳۳۳	۱۳/۸۷۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۹۷
		خطا	۲۰۵/۳۳۳	۳۳	۶/۲۲۲	---	---	---	---
حمایت دیگران	درون گروهی	زمان	۱۷۳/۵۷۴	۱/۹۶۹	۸۸/۱۳۶	۱۶/۴۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۲	۰/۹۹۹
		تأثیر زمان و گروه	۷۸/۲۵۹	۳/۹۳۹	۱۹/۸۶۹	۳/۷۰۲	۰/۰۰۹	۰/۱۸۳	۰/۸۵۶
		خطا	۳۴۸/۸۳۳	۶۴/۹۹۰	۵/۳۶۸	---	---	---	---
	بین گروهی	گروه	۱۰۳/۶۳۰	۲	۵۱/۸۱۵	۱۲/۶۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳۴	۰/۹۹۴
		خطا	۱۳۵/۰۰۰	۳۳	۴/۰۹۱	---	---	---	---
حمایت اجتماعی کل	درون گروهی	زمان	۱۵۸۷/۵۰۰	۱/۸۱۴	۸۷۴/۹۶۹	۳۳/۵۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۴	۱
		تأثیر زمان و گروه	۷۷۱/۸۷۸	۳/۶۲۹	۲۱۲/۶۸۷	۸/۱۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۱	۰/۹۹۵
		خطا	۱۵۶۲/۰۵۶	۵۹/۸۷۴	۲۶/۰۸۹	---	---	---	---
	بین گروهی	گروه	۱۰۷۵/۳۸۹	۲	۵۳۷/۶۹۴	۲۵/۷۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰۹	۱
		خطا	۶۸۹/۹۴۴	۳۳	۲۰/۹۰۷	---	---	---	---

همچنین در تعامل گروه با زمان در متغیر حمایت اجتماعی کل بین گروه‌ها تفاوت معنی داری در سطح  $p < 0.01$  مشاهده شد. به منظور دقیقتر مشخص شدن محل این تفاوت از آزمون تعقیبی بونفرونی به شرح زیر استفاده شد.

در جدول فوق نتایج تحلیل واریانس مختلط در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود بین گروه‌ها تفاوت معنی داری در متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و همه مؤلفه‌های آن وجود دارد.

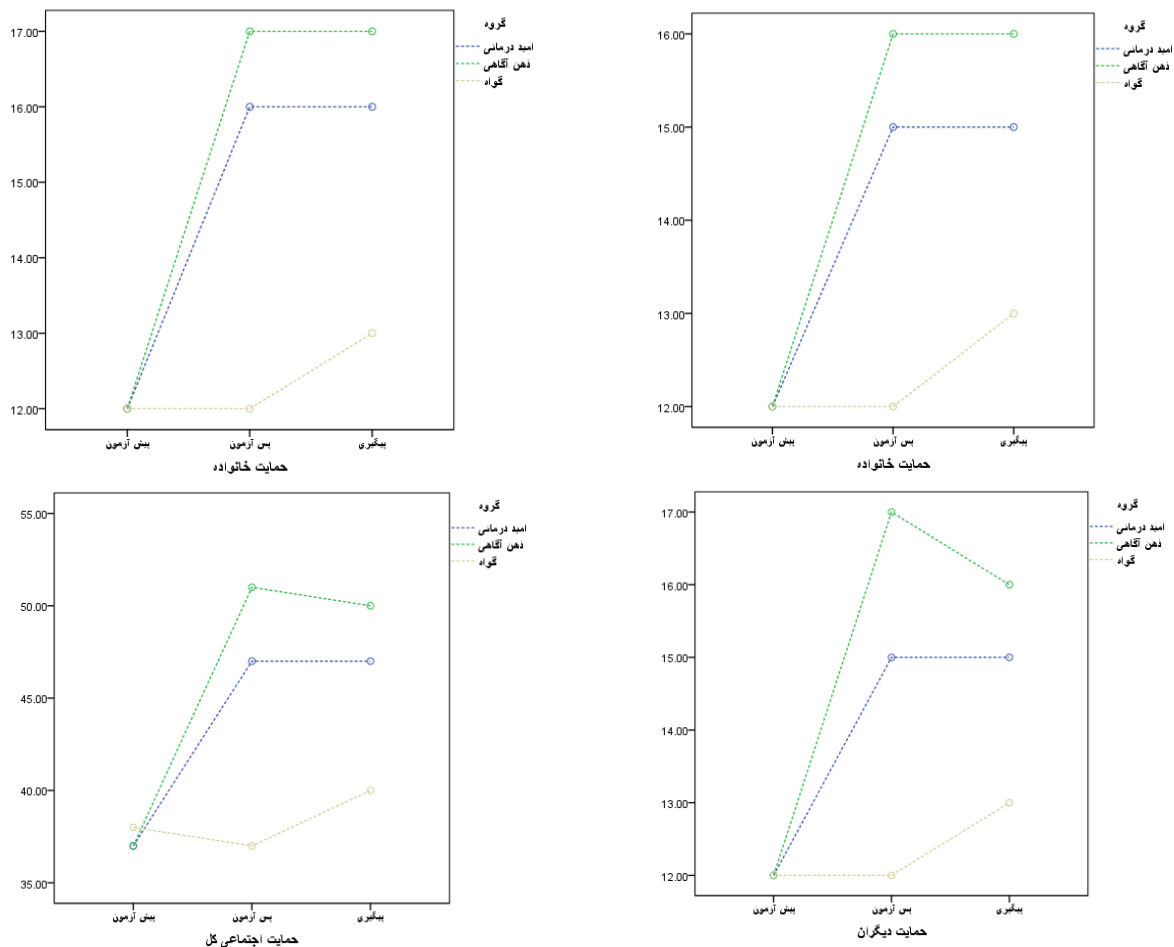
جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه حمایت اجتماعی به صورت زوجی در گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مراحل	گروه	تفاوت میانگین‌ها	معنی داری
حمایت دوستان	پس‌آزمون	امید درمانی	۱/۵۰۰	۰/۱۰۱
		امید درمانی	۲/۵۰۰	۰/۰۰۲
		ذهن‌آگاهی	۴/۰۰۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	امید درمانی	۱/۰۰۰	۰/۷۹۷
	پس‌آزمون	امید درمانی	۱/۵۰۰	۰/۱۸۲
		ذهن‌آگاهی		

۰/۰۰۰۱	۴/۱۶۶	گواه	امید درمانی		حمایت خانواده
۰/۰۰۰۱	۵/۶۶۶	گواه	ذهن آگاهی		
۰/۸۸۳	۱/۱۶۶	ذهن آگاهی	امید درمانی	پیگیری	
۰/۰۱۴	۱/۹۱۶	ذهن آگاهی	امید درمانی	پس آزمون	حمایت دیگران
۰/۰۰۲	۲/۴۱۶	گواه	امید درمانی		
۰/۰۰۰۱	۴/۳۳۳	گواه	ذهن آگاهی		
۰/۵۱۳	۱/۴۱۶	ذهن آگاهی	امید درمانی	پیگیری	
۰/۰۰۴	۴/۹۱۶	ذهن آگاهی	امید درمانی	پس آزمون	حمایت اجتماعی کل
۰/۰۰۰۱	۹/۰۸۳	گواه	امید درمانی		
۰/۰۰۰۱	۱۴/۰۰۰	گواه	ذهن آگاهی		
۰/۴۱۲	۳/۵۸۳	ذهن آگاهی	امید درمانی	پیگیری	

نتایج ارائه شده در جدول فوق مبین این است که هر دو روش امید درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آ در زنان مبتلا به بیماری ام.اس اثربخش بودند. به این معنی که با مقایسه افراد شرکت کننده در دو گروه آزمایش با افراد گروه کنترل تفاوت معنی داری در زنان دارای ام.اس گروه‌های آزمایش با گروه کنترل مشاهده شد. همچنین یافته دیگر این جدول نشان می‌دهد، در پس آزمون حمایت اجتماعی کل و مؤلفه حمایت دیگران بین دو گروه امید درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت معنی داری نیز وجود دارد. این در حالی است که در پس آزمون دو مؤلفه حمایت دوستان و حمایت خانواده و همچنین پیگیری حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی داری وجود

ندارد. بنابراین این فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین میزان اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان مبتلا به بیماری ام.اس تفاوت معنی داری وجود دارد، تأیید می‌شود. به این معنی که این دو درمان بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان دارای بیماری ام.اس اثربخش بوده‌اند و گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه‌ای داشتند که می‌توان گفت نشان از اثربخشی هر دو روش در درمان بیماری ام.اس زنان می‌باشد. نمودارهای میانگین مربوط به متغیر حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن برای هر ۳ گروه در هر ۳ مرحله آزمایش به شرح زیر می‌باشند.



شکل ۱. نمودار متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و مؤلفه‌های آن در سه مرحله آزمون به تفکیک سه گروه

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد امید درمانی و رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروز بود. نتایج نشان داد بین گروه‌ها تفاوت معنی داری در همه مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده وجود دارد. به این معنی که با مقایسه افراد شرکت کننده در دو گروه آزمایش با افراد گروه کنترل تفاوت معنی داری در زنان دارای ام اس گروه‌های آزمایش با گروه کنترل مشاهده شد. همچنین در پس آزمون حمایت اجتماعی کل و مؤلفه حمایت دیگران بین دو گروه امید درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تفاوت

معنی داری نیز وجود داشت. این در حالی است که در پس آزمون دو مؤلفه حمایت دوستان و حمایت خانواده و همچنین پیگیری حمایت اجتماعی و مؤلفه‌های آن بین دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و امید درمانی تفاوت معنی داری وجود نداشت. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۰، ۲۱، ۲۷، ۲۸، ۴۰، ۴۱) همخوان بود. نویدی مقدم و همکاران (۲۷) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان راه-حل مدار به شیوه گروهی بر ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین-فردی بیماران مبتلا به ام اس پرداختند. نتایج این مطالعه نشان داد که هر دو مداخله به کار رفته ادراک حمایت اجتماعی و روابط بین-فردی را در بیماران مبتلا به ام اس بهبود بخشیدند، با این تفاوت که

کاهش یافته است. در تبیین این یافته بر مبنای نظر کابات زین (۴۲) می‌توان گفت که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد چگونه مهارت‌های عادی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی مانند تنفس متوجه کرده و شرایط را برای تغییر آماده نمایند. همچنین ذهن آگاهی از نظر توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را افزایش می‌دهد، می‌تواند باعث شناخت توانایی‌های فرد توسط خودش شود، استرس را کاهش و میزان مشارکت اجتماعی و حل مسائل و چالش‌ها را افزایش دهد. در نتیجه آموزش ذهن آگاهی از طریق تکنیک‌های ارائه شده می‌تواند باعث بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد شود. تبیین دیگر اینکه یکی از اثرات ذهن آگاهی، نفوذ یا رخنه است. نفوذ به عنوان افزایش ذهن آگاهی در دامنه فعالیت‌های روزانه زندگی می‌باشد. به عبارت دیگر به رشد و تداوم آگاهی در طول روز و افزایش خود به خودی تجربه آگاهی اشاره دارد که بدون قصد قبلی فراهم می‌شود و به اثرات طولانی مدت ذهن آگاهی روی توجه افراد به محیط پیرامون و اتفاقات روزمره اشاره دارد که فرد با پذیرش و آگاهی هرچه بیشتر رویدادها مواجه و بهتر مشکلات روزمره زندگی را رفع می‌نماید، به دیگران کمک می‌کند و از آن‌ها در صورت نیاز درخواست کمک می‌کند. در نتیجه آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش حمایت اجتماعی در بیماران دارای ام‌اس می‌شود. از طرفی نتایج نشان داد امید درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان دارای بیماری ام‌اس اثربخش است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار داشت که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش مهمی در تسکین تأثیرات منفی بیماری بر بعد روانی بیماران دارد و با تجربه پریشانی کمتر، احساس کنترل بیشتر، بهبود اعتماد به نفس، کاهش تأثیرات حوادث منفی بر زندگی و بهبود کیفیت زندگی همراه می‌باشد. حمایت اجتماعی، قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای تأثیر بیشتری بر ادراک حمایت اجتماعی بود و درمان راه‌حل‌مدار به شیوه گروهی نیز دارای تأثیر بیشتری بر بهبود روابط بین فردی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بود که می‌توان گفت با نتایج پژوهش حاضر همسو بود. همچنین فریسنر و کیتنگ (۴۰) در پژوهش خود اثربخشی یک برنامه هنری خلاقانه را بر عزت نفس، امید و حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی در افراد مبتلا به بیماری ام‌اس مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که برنامه هنری خلاقانه بر عزت نفس، امید و حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی در افراد مبتلا به بیماری ام‌اس تأثیر مثبت داشت. کاستا و همکاران (۷) در پژوهش خود تأثیر حمایت اجتماعی را بر کیفیت زندگی بیماران ام‌اس مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی یک پیش‌بینی کننده با اثر معنادار بر سلامت مرتبط با کیفیت زندگی در بیماران ام‌اس می‌باشد. اورکی و سامی (۲۸) در پژوهشی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه را بر میزان ادراک بیماری و شدت بیماری در بیماران ام‌اس مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکپارچه بر میزان ادراک بیماری ام‌اس تأثیر معنادار داشته و باعث ارتقای سطح ادراک صحیح و واقع‌بینانه از بیماری شده، اما بر شدت بیماری (بعد جسمی) تأثیر معناداری نداشته است. رضایی نسب (۴۱) در پژوهش خود به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و گروه درمانی مبتنی بر امید بر ادراک درد بیماران مبتلا به ام‌اس پرداختند. نتایج به دست آمده نشان داد هم درمان شناختی رفتاری و هم درمان مبتنی بر امید بر کاهش ادراک درد بیماران دچار ام‌اس تأثیر معنی‌داری دارد. همچنین تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه درد عاطفی در مقایسه با درمان مبتنی بر امید تفاوتی معنی‌دار دارد. از سوی دیگر کلانی و همکاران (۲۱) در پژوهش خود اثربخشی امید درمانی یکپارچه از طریق یادگیری با موبایل بر امید و سطوح استرس ادراک شده در بیماران ام‌اس را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که میانگین امید بعد از مداخله افزایش یافته است. علاوه بر این، سطح استرس درک شده افراد دارای بیماری ام‌اس پس از مداخله

شرایط تنش‌زا شناخته شده است و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند و از طریق ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش-زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود وضعیت‌های بهداشتی و در پایان سازگاری این افراد با بیماری می‌شود. بنابراین آموزش امید درمانی می‌تواند با ارائه تکنیک‌های مناسب، حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به ام‌اس را داشته باشد (۴۳). در تبیین یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر حمایت اجتماعی ادراک شده زنان دارای بیماری ام‌اس می‌توان عنوان کرد که ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت در زمان کنونی می‌شود و این افزایش و آگاهی می‌تواند بر حمایت اجتماعی بیماران مبتلا به ام‌اس اثرگذار باشد. به عبارت دیگر، افزایش سطح آگاهی و هشیاری فراگیر، فرد را نسبت به شرایط خود هشیار نموده تا بتواند تحت هر شرایطی در زمان کنونی حضور داشته و از موقعیت به دست آمده در فعالیت‌های مختلفی که می‌تواند به عنوان راهبردهای مناسب در جهت بالا بردن حمایت اجتماعی ادراک شده عمل کند، نهایت استفاده را داشته باشد. ذهن آگاهی در افزایش هیجان‌های مثبت و کاهش هیجان‌های منفی که از جمله عوامل موثر بر حمایت اجتماعی می‌باشند، اثربخش است. همچنین ذهن آگاهی مبتنی بر سه فرض پایه، آگاهی، پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است، به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجان‌ها و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن آگاهی است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روانشناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود (۴۴). افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند، از دانش و بینش مناسبی در مورد فرایندهای شناختی و استفاده از مهارت‌ها را به کار می‌بندند. بنابراین ارتقای ذهن آگاهی، گاهی مهم‌ترین عامل در حمایت اجتماعی ادراک شده بیماران ام‌اس محسوب می‌شود. از طرفی در توجیه یافته دیگر این پژوهش مبنی بر اثربخشی امید

درمانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده باید عنوان کرد هیجان‌های مثبت و افزایش آن‌ها یک اصول مهم در رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا به خصوص در حوزه امید درمانی است. هیجان‌های مثبت به تمامی احساسات مثبت از جمله لذت، شغف، سرمستی و راحتی اطلاق می‌شود. امید درمانی با بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای به بیماران کمک می‌کند آنان به نحو فعال‌تر و مؤثرتری با حوادث روزمره مقابله کنند. در بیماران ام‌اس نگرش‌های ناکارآمدی نسبت به خود، آینده و دیگران دیده می‌شود. در واقع پس از اجرای امید درمانی، نگرش‌های منفی که باعث می‌شد بیماران، بسیاری از جنبه‌های مثبت زندگی خود را نبینند، به وضوح کاهش یافت. نتایج پژوهش‌های شناختی نشان می‌دهد، مداخله کوتاه‌مدت امید درمانی می‌تواند برخی از توانایی‌های روانشناختی را افزایش دهد و علائم آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد. از این رو در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت، امید درمانی به عنوان عامل مداخله‌ای موجب افزایش توان فرد در مقابله با موقعیت تنش‌زای بیماری می‌شود. آنچه مطالعات پیشین به آن تأکید داشتند، ارتقای حمایت اجتماعی از طریق امید درمانی بود که این یافته همراستا با نتایج پژوهش حاضر بود. نخستین محدودیت این پژوهش مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای بیماری ام‌اس اجرا شد. لذا نمی‌توان یافته‌های آن را به سایر اقشار و شهرهای دیگر تعمیم داد. در صورت تعمیم‌دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری با توجه به جنسیت صورت گرفت و زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله مبتلا به بیماری ام‌اس شهر تهران جامعه آماری این پژوهش بودند، لذا تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به گروه مردان و یا زنان سنین دیگر باید با احتیاط صورت گیرد. در این مطالعه یافته‌ها از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شخص بدست آمده و مشخص نیست نتایج حاصل از مداخلات پژوهشی تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به روش پژوهشی است. این پژوهش یک پژوهش مداخله‌ای بوده که به بررسی مقایسه اثربخشی دو رویکرد شناخت درمانی و امید درمانی پرداخته و روابط و همبستگی بین متغیرها بررسی نشد.

با توجه به این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود، این تحقیق بر روی زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله دارای بیماری ام‌اس شهر تهران اجرا شود، لذا بر روی مردان و زنان سایر سنین که قابلیت اجرا دارد، اجرا شود و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. با توجه به این که این پژوهش بصورت مداخله‌ای اجرا شده است، لذا جهت کسب نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌شود ارتباط این متغیرها با بهره‌گیری از سایر روش‌ها (همبستگی، رگرسیون، مدل‌یابی معادلات ساختاری و ...) نیز اجرا شوند. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر امید درمانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در کنار متغیرهای مختلف دیگر مانند سلامت روان، کیفیت زندگی، رضایت از زندگی، شادکامی، احساس تنهایی و ... در سایر افراد مورد بررسی قرار گیرد تا از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. افزون بر آن با توجه به برجسته بودن نقش امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در حمایت اجتماعی ادراک‌شده زنان دارای بیماری ام‌اس، پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه و جلسات آموزش ویژه درمان به روش‌های امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند اثرگذار باشد. پیشنهاد می‌شود از این پژوهش به‌منظور درمان

حمایت اجتماعی ادراک‌شده افراد دارای بیماری‌های مختلف بخصوص بیماری ام‌اس استفاده شود. بنابراین بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش می‌توان، آموزش‌هایی برای ارتقای حمایت اجتماعی ادراک‌شده افراد دارای بیماری ام‌اس ارائه کرد. علاوه بر آن با توجه به اهمیت درمان‌های امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ارتقای حمایت اجتماعی ادراک‌شده افراد دارای بیماری ام‌اس، پیشنهاد می‌شود در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول و تکنیک‌های امید درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی پرداخته شود و به عنوان یک حرکت ملی به آن نگرسته شود تا عموم مردم بخصوص افراد دارای بیماری‌های مختلف از جمله افراد دارای بیماری ام‌اس، تغییرات لازم را در خود به وجود آورند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین می‌باشد. نویسنده از اساتید راهنما و مشاور و تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

### تعارض منافع

این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

## Original Article

# Comparison of the Effectiveness of Educational Intervention based on Hope Therapy Approach and Mindfulness-based Cognitive Therapy Approach on Perceived Social Support of Women with Multiple Sclerosis

Received: 14/12/2020 - Accepted: 15/06/2021

Ghasem Khaloei<sup>1</sup>  
Seyed Ali Aleyasin<sup>2\*</sup>  
Hassan Heidari<sup>3</sup>  
Hossein Davoodi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> PhD Student, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran. (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

Email:

Aleyasin-psychology@yahoo.com

## Abstract

**Introduction:** Multiple sclerosis is a chronic neurological disease whose treatment methods have been considered by researchers in various fields. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of educational intervention based on hope therapy approach and mindfulness-based cognitive therapy approach on perceived social support of women with MS.

**Methods:** The present study was a quasi-experimental with pre-test-post-test design and quarterly follow-up with a control group. The statistical population of the present study consisted of all women with inflammatory bowel disease and a member of the Iranian inflammatory disease association. From this population, 36 people were selected by available non-random sampling method. The research instrument was the Perceived Social Support Questionnaire of Zimet et al. (1988). The experimental groups then received cognitive-therapeutic interventions based on mindfulness and hope therapy, and the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using mixed analysis of variance using SPSSV19 software.

**Results:** The results showed that there was a significant difference in the perceived social support variable between the three groups ( $P < 0.05$ ). Intervention groups in the social support variable were significantly different from the control group. Also, there was a significant difference between the two groups of hope therapy and mindfulness-based cognitive therapy in the social support variable ( $P < 0.05$ ).

**Conclusion:** Therefore, it can be said that mindfulness and cognitive therapy methods based on mindfulness are effective on perceived social support of women with multiple sclerosis.

**Keywords:** Perceived Social Support, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Hope Therapy, Multiple Sclerosis, Women.



## References

1. Ramagopalan SV, Dobson R, Meier UC, Giovannoni G. Multiple sclerosis: risk factors, prodromes, and potential causal pathways. *The Lancet Neurology*. 2010;9(7):727-39.
2. Kingwell E, Marriott JJ, Jetté N, Pringsheim T, Makhani N, Morrow SA, et al. Incidence and prevalence of multiple sclerosis in Europe: a systematic review. *BMC neurology*. 2013;13(1):1-13.
3. Etemadifar M, Sajjadi S, Nasr Z, Firoozeei TS, Abtahi S-H, Akbari M, et al. Epidemiology of multiple sclerosis in Iran: a systematic review. *European neurology*. 2013;70(5-6):356-63.
4. Hauser SL, Cree BA. Treatment of multiple sclerosis: a review. *The American Journal of Medicine*. 2020.
5. Campbell JD, Ghushchyan V, McQueen RB, Cahoon-Metzger S, Livingston T, Vollmer T, et al. Burden of multiple sclerosis on direct, indirect costs and quality of life: National US estimates. *Multiple sclerosis and related disorders*. 2014;3(2):227-36.
6. Lovera J, Reza T. Stress in multiple sclerosis: review of new developments and future directions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*. 2013;13(11):398.
7. Costa DC, Sá MJ, Calheiros JM. The effect of social support on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 2012;70:108-13.
8. Feeney BC, Collins NL. A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and Social Psychology Review*. 2015;19(2):113-47.
9. Mattson M, Hall J. Health as communication Nexus: A Service Learning Approach. Linking Health Communication with Social Support. USA: Kendall Hunt Publishing co., hal; 2011.
10. Chi I, Chou K-L. Social support and depression among elderly Chinese people in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2001;52(3):231-52.
11. Jenkins LN, Demaray MK. Social support and self-concept in relation to peer victimization and peer aggression. *Journal of School Violence*. 2012;11(1):56-74.
12. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*. 2011;118(3):482.
13. Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *Journal of pain and symptom management*. 200.۴۲۵-۳۳:(۵)۲۷;۴
14. Minden SL, Feinstein A, Kalb RC, Miller D, Mohr DC, Patten SB, et al. Evidence-based guideline: assessment and management of psychiatric disorders in individuals with MS: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2014;82(2):174-81.
15. Fiest K, Walker J, Bernstein C, Graff L, Zarychanski R, Abou-Setta A. Multiple sclerosis and related disorders. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2015;5:12-26.
16. Simpson R, Mair F, Mercer S. Mindfulness-based interventions for people with multiple sclerosis. SAGE Publications Sage UK: London, England; 2015. p. 1093-4.
17. Snyder C, Lehman KA, Kluck B, Monsson Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*. 2006;51.۸۹:(۲)
18. Snyder CR. The past and possible futures of hope. *Journal of social and clinical psychology*. 2000;19(1):11-28.
19. Snyder C, Berg C, Woodward JT, Gum A, Rand KL, Wroblewski KK, et al. Hope against the cold: Individual differences in trait hope and acute pain tolerance on the cold pressor task. *Journal of Personality*. 2005;73(2):287-312.

20. Abedini E, Ghanbari-Hashem-Abadi, B.A, Talebian-Sharif, J. Effectiveness of Group Therapy Based on Hope Approach on Hope and Depression in Women with Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*. 2016;8(2):1-11.
21. Kalani N, Mosalanejad L, Zabetian H, Abdolahifard S. The effect of group hope therapy integrated with mobile learning on hope and perceived stress levels in MS patients. *Biosciences, Biotechnology Research Asia*. 2015;12(3):1947-55.
22. Keng S-L, Smoski MJ, Robins CJ. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*. 2011;31(6):1041-56.
23. Garland SN, Rouleau CR, Campbell T, Samuels C, Carlson LE. The comparative impact of mindfulness-based cancer recovery (MBCR) and cognitive behavior therapy for insomnia (CBT-I) on sleep and mindfulness in cancer patients. *Explore*. 2015;11(6):445-54.
24. Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJ, Partridge K. Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive therapy and research*. 2008;32(6):758-74.
25. Thompson BL, Waltz J. Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Personality and Individual differences*. 2007;43(7):1875-85.
26. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):125.
27. Navidi-Moghadam M, Saffarinia M, Alipour A, Sahraian M-A. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based-Cognitive-Therapy and Solution-Focused Group Therapy on the Perception of Social Support and Interpersonal Relationships among Patients with Multiple Sclerosis. *SALĀMAT-I IJTIMĀĪ (Community Health)*. 2019;6(3):342-56.
28. Oraki M, sami P. The Effect of Mindfulness Integrated Behavior- Cognitive Therapy on psychological well-being and quality of life among multiple sclerosis patients. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*. 2017;5(20):34-47.
29. Asgari M, Radmehr H, Mohammadi H, Jahangir AH. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life and reduction of psychological symptoms in patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Isfahan Medical School*. 2015;34(10):1495-87.
30. Bakhshipour B, Ramezanzadeh S. INVESTIGATING THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY (MBCT) ON DEPRESSION, QUALITY OF LIFE, AND ANXIETY IN MS PATIENTS. *Studies in Medical Sciences*. 2016;27(5):352-64.
31. Scale FC. Mindfulness-based cognitive therapy for severely fatigued multiple sclerosis patients: a waiting list controlled study. *J Rehabil Med*. 2017;49:497-504.
32. Carletto S, Tesio V, Borghi M, Francone D, Scavelli F, Bertino G, et al. The effectiveness of a body-affective mindfulness intervention for multiple sclerosis patients with depressive symptoms: a randomized controlled clinical trial. *Frontiers in psychology*. 2017;8:2083.
33. Senders A, Bourdette D, Hanes D, Yadav V, Shinto L. Perceived stress in multiple sclerosis: the potential role of mindfulness in health and well-being. *Journal of evidence-based complementary & alternative medicine*. 2014;19(2):104-11.
34. Kabat-Zinn J, Hanh TN. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*: Delta; 2009.
35. Mohammadkhani P. *Mind-based cognitive therapy for depression*. Tehran: Faradid Publications; 2006.
36. Bahari F. *asics of hope and hope therapy (Guide to creating hope)*. Tehran: Danjeh Publications; 2015.
37. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1988;52(1):30-41.

38. Wongpakaran T, Wongpakaran N, Ruktrakul R. Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support (MSPSS): Thai version. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2011;7:161.
39. Salimi A, Jokar B, Nikpour R. Internet communication in life: examining the role of perceived social support and loneliness in using the Internet. *Journal of Psychological Studies*. 2009;5(3):102-81.
40. Fraser C, Keating M. The effect of a creative art program on self-esteem, hope, perceived social support, and self-efficacy in individuals with multiple sclerosis: a pilot study. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2014;46(6):۳۳۰-۶:(
41. Rezaeinasab f, borjali a, taghdisi m. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Hope-Based Group Therapy on Pain Perception in Patients with Multiple Sclerosis (MS). *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2019;7(3):360-72.
42. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. 2003.
43. Mahmoodi H. Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. *Quarterly journal of health psychology*. 2018;7(25):21-34.
44. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behavior therapy*. 2019;50(3):630-45.